

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

N° 545

THÈSE

pour le DOCTORAT en MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Moïse CIAPLIC

Né le 26 Décembre 1904 à Tiraspol (Roumanie)

Eventualités NEURO-PSYCHIATRIQUES CIVILES des Raids Aériens

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur.

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

—
1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

N°

THÈSE
pour le DOCTORAT en MÉDECINE
(Diplôme d'État)
PAR

Moïse CIAPLIC
Né le 26 Décembre 1904 à Tiraspol (Roumanie)

Eventualités
NEURO-PSYCHIATRIQUES CIVILES
des Raids Aériens

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur.

PARIS
AMEDEE LEGRAND, EDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

—
1940

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.	
Physique médicale	STROHL.	
Chimie médicale	POLONOVSKI.	
Bactériologie	Robert DEBRÉ.	
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.	
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.	
Pathologie médicale	FASTEUR-VALLERY-	
	RADOT.	
Pathologie chirurgicale	MONDOR.	
Anatomie pathologique	LEROUX.	
Histologie	CHAMPY.	
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.	
Thérapeutique	AUBERTIN.	
Hygiène et médecine préventive	TANON.	
Médecine légale	BALTHAZARD.	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.	
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BÉNARD.	
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.	
	ABRAMI.	
Clinique Médicale	FIESSINGER.	
	LOEPER.	
	RATHERY.	
	LEREBoullet.	
	NOBÉCOURT.	
Hygiène et clinique de la première enfance	LAIGNEL-LAVASTINE.	
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GUILLAIN.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.	
Clinique des maladies du système nerveux	CUNÉO.	
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.	
	GRÉGOIRE.	
Clinique chirurgicale	LENORMANT.	
	VELTER.	
Clinique ophtalmologique	CHEVASSU.	
Clinique urologique	COUVELAIRE.	
	JEANNIN.	
Clinique d'accouchements	LÉVY-SOLAL.	
	MOCQUOT.	
Clinique gynécologique	OMBRÉDANNE.	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	HARVIER.	
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.	
Clinique oto-rhino-laryngologique	Pierre DUVAL.	
Clinique thérapeutique chirurgicale	Maurice VILLARET.	
Clinique propédeutique	TROISIER.	
Clinique de la tuberculose	MATHIEU.	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	LAUBRY.	
Clinique de cardiologie	Clovis VINCENT.	
Clinique de neuro-chirurgie	N...	
Assistance médico-sociale	HAZARD.	
	MULON.	
Professeurs sans chaire	OLIVIER.	
	SANNIÉ.	
	VERNE.	

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.	
AMELINE Pathologie chirurgicale.	COSTE	Pathologie médicale.
BARIÉTY Pathologie médicale.	COUVELAIRE	
BERNARD (E.). Pathologie médicale.	(Roger)	Urologie.
BEZANÇON (J.). Hydrologie.	DELARUE ...	Anatomie pathologique.
BONNET Bactériologie.	DELAY	Pathologie médicale.
BOULANGER ... Chimie.	DEGREZ (H.)..	Physique.
BOULIN Pathologie médicale.	DESOILLE ...	Médecine légale.
BROUET Pathologie médicale.	DIGONNET ..	Obstétrique.
BULLIARD ... Histologie.	DOGNON	Physique.
CACHERA Pathologie médicale.	FUNCK	Pathologie chirurgicale.
CORDIER Anatomie.	GALLIARD ...	Parasitologie.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite)

MM.		MM.	
GARCIN	Pathologie médicale.	MARCHAL ...	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} GAUTHIER-		MÉNEGAUX ..	Pathologie chirurgicale.
VILLARS ...	Anatomie pathologique.	MOLLARET ..	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DE GENNES ..	Pathologie médicale.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.	PETIT-DUTAIL-	
HAGUENAU ..	Pathologie médicale.	LIS	Pathologie chirurgicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.	RENARD	Ophthalmologie.
JOANNON	Hygiène.	RICHET	Physiologie.
LACOMME	Obstétrique.	SÉNEQUE	Pathologie chirurgicale.
LANTUEJOL..	Obstétrique.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
LAVIER	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
LELONG	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.	TURPIN	Pathologie médicale.
M ^{lle} J. LÉVY..	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
LENÈGRE	Pharmacologie.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER ..	Obstétrique.
CHAILLEY-		NEVEU-	
BERT	Physiologie.	LEMAIRE ..	Parasitologie.
GUENIOT	Obstétrique.	VAUDESCAL .	Obstétrique.
HEITZ-BOYER.	Pathologie chirurgicale.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
BRULÉ.		BROCQ.	
CATHALA		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
CHEVALLIER		DE GAUDART	
GASTINEL		D'ALLAINES.	
DONZELOT.		MOULONGUET.	
DUVOIR.		QUÉNU.	
HUGUENIN		MOURE.	
LAROCHE (G.).			
LIAN.			
MOREAU	Clinique obstétricale.		
PIÉDELIEVRE.			
SÉZARY.			
MM.			
ECALLE.	Clinique obstétricale.		
METZGER.			
VIGNE.			
PORTES.			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE DE MA CHERE MERE

*Dont je garde le souvenir avec une
pieuse vénération.*

A MON PERE

*Dont la vie, toute de droiture et
d'honnêteté, restera pour moi un
exemple.*

A MA BELLE-MERE

A MA SŒUR

Docteur en Médecine

A MON FRERE

A MON BEAU-FRERE

A MA BELLE-SŒUR

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur de Clinique des Maladies Mentales
et de l'Encéphale

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse ; hommage de profonde et respectueuse reconnaissance.

INTRODUCTION

Nos amis d'Angleterre, qui n'ont pas l'habitude de laisser les choses au hasard, ont, dès les semaines qui précédèrent la déclaration de guerre, envisagé toutes les possibilités d'incidents, accidents, blessures, que serait susceptible de provoquer la guerre aérienne sur les populations urbaines.

Nous ne voulons envisager dans ce travail ni les lésions par bombes à rupture, ni les accidents par bombes à gaz ou bombes incendiaires, pour ne nous occuper que de l'aspect psychologique et psychopathologique de la question.

Durant la guerre de 1914-1918, le facteur psychologique, qui jouait un rôle important dans la zone des armées, n'avait qu'une place plus effacée parmi les populations civiles. Les raids aériens étaient rares, et la régularité mathématique du bombardement de Paris par la Bertha avait fini, après une période de tension psychique, par créer, chez les Parisiens, une accoutumance quasi-euphorique.

La guerre actuelle ouvre des perspectives nouvelles. Nous connaissons les plans allemands, chers

à son Maréchal de l'Air, nous connaissons les projets de « Guerre totale », et avons assisté aux « expériences de laboratoire » qui ont été faites sur Barcelone et les cités héroïques de Varsovié, d'Helsinki, etc.

Dès lors, chacun à l'arrière est en droit de se poser, non la question : « Serais-je blessé ou serais-je tué ? » mais celle-ci : « Pourrais-je résister aux bombardements aériens ? Resterais-je sain d'esprit ou normal dans les circonstances que j'aurais à traverser ? »

Cet état de « tension préalable », forme psychique particulière de l'angoisse persistante, peut donner lieu à l'apparition des « Psychoses transitoires de la Guerre des Nerfs » décrites par LEMAIRE dans sa thèse.

Mais qu'un bombardement aérien se produise, ou simplement qu'une série d'alertes vienne jouer sur le clavier multiple du psychisme individuel et collectif, cet état psychique d'attente évoluera vers l'une des formes psychologiques ou même psychopathologiques que nous nous proposons d'étudier.

EVENTUALITES NEURO-PSYCHIATRIQUES

1° ETAT DE PEUR SIMPLE

La peur n'est pas un phénomène d'ordre pathologique. C'est une simple réaction de défense BIOLOGIQUE, agissant à tort ou à raison, conditionnée par l'événement immédiat, et indépendante de l'expérience antérieure acquise par le sujet.

L'instinct de défense individuelle devient alors primordial, et prime l'instinct de défense collective. C'est le « Sauve qui peut ! » qui devient facilement : « Chacun pour soi, et Dieu pour tous ! »

Le premier choc psychologique disparu, l'instinct de sociabilité reprend le dessus, et tel « paniquard » devient en une minute un sauveteur héroïque. C'est justement cette transformation qui distingue le « peureux » du « lâche », (le « froussard » de la langue populaire). Celui-ci a PEUR TOUJOURS ET PARTOUT.

Shakespeare a écrit :

« Le brave a peur d'avoir peur. Le lâche a peur d'être brave. »

Peur, frayeur, terreur, marquent les trois degrés de ce sentiment réactif biologique de l'individu troublé par la crainte. L'appréhension vive de quelque danger crée la PEUR ; si cette appréhension est plus frappante, c'est la FRAYEUR ; si elle abat toute possibilité de réaction, c'est la TERREUR.

La peur, avons-nous dit, est une transformation de l'instinct de conservation, dans la mesure où celui-ci connaît ou « réalise » la notion de péril. « Tu trembles, carcasse, disait Condé ; mais tu tremblerais plus encore si tu savais où je vais te mener ! »

La frayeur est l'aggravation de la peur ; la terreur accable véritablement l'individu, l'inhibe, l'envahit de ce que les Anciens appelaient l'effroi.

César n'eut pas de PEUR en franchissant le Rubicon, dont le franchissement n'offrait aucun danger, mais une véritable TERREUR, car le franchissement devait dévouer aux Dieux infernaux toute cohorte qui passerait ces gouttes d'eau. Et ce fut la terreur qu'il répandit en le passant qui exhorta Pompée à fuir éperdu, à abandonner l'Italie, à gagner la mer.

L'Hitlérisme n'agit pas en faisant naître la PEUR chez ses voisins, mais la TERREUR. C'est sur elle qu'il compte pour réduire à sa merci les petits états, en faisant naître chez eux une névrose d'angoisse incoercible, que ni le raisonnement, ni l'équilibre individuel ne peuvent inhiber.

La peur simple est curable, par auto-réactivité. La terreur ressort des éventualités psychiatriques que nous analyserons chemin faisant.

2° L'HYSTERIE ANXIEUSE

LE TRAC A L'ALERTE

Les Anglo-Saxons ont créé un mot un peu particulier, l'« anxiety hysteria ». Nous ne devons pas oublier que dans la constitution de ce terme ils se sont souvenus qu'ils disent d'une femme qui a une crise de nerfs qu'elle souffre d'un « hysterical spell ». Ceci étant posé nous comprendrons mieux la suite.

L'état ainsi dénommé s'apparente à celui de la peur simple, sans atteindre la frayeur ni la terreur. Mais alors la réaction de défense a cessé d'être biologique, pour devenir pathologique.

L'instinct de défense individuelle (self-protection) a cessé d'opérer : il devient impossible, pour le sujet ainsi frappé, aussi bien de fuir que de tenter par un effort de volonté d'inhiber en lui le sentiment de la peur.

Les manifestations psychiques et somatiques de la peur deviennent alors telles que, même le fait d'abriter le patient dans un lieu où il se sentira en sécurité, même les appels à son courage, au respect de lui-même, ne provoquent en lui aucune réaction.

L'individu a régressé au niveau le plus primitif de la conscience. L'action de la peur sur son système nerveux autonome a totalement obnubilé en lui les centres de la volonté.

Au point de vue somatique, on constate l'expression terrifiée du visage, un tremblement généralisé (ou parfois simplement localisé à la mâchoire inférieure, provoquant un bégaiement artificiel), des sueurs froides, de la tachycardie, des urinations involontaires, une constriction laryngo-pharyngée, semblable à la « boule hystérique » de Charcot.

Cet état, qui semble plus fréquent chez la femme que chez l'homme, les observateurs l'ont enregistré au cours de grands cataclysmes naturels, inondations, tremblements de terre ; au cours de cataclysmes sociaux, révolutions ; au cours de sinistres, incendies, catastrophes de chemin de fer ; au cours de bombardements terrestres ou aériens (Espagne, Pologne, etc.).

Poussé à un degré moins aigu, les alertes du début de la présente guerre ont permis de le constater, non seulement en pratique courante, mais en milieux hospitaliers. Par analogie avec le sentiment d'angoisse des acteurs et des orateurs au moment de paraître en public, celui de l'examiné devant ses examinateurs, le trac, que nul d'entre nous ne peut se vanter de n'avoir jamais connu, le professeur Lai-

gnel-Lavastine a intitulé cette « névrose des sirènes » :

LE TRAC A L'ALERTE.

Chez certaines prédisposées ce trac est tellement intense que les femmes « traquées » poussent des hurlements perçants dès qu'on les touche ; d'autres se recroquevillent dans leur lit, sous les draps remontés, en posture intra-utérine.

Cette hystérie anxieuse représente l'une des formes les plus contagieuses de ces névroses de crainte, et constitue une des éventualités neuro-psychiatriques les plus importantes des raids aériens. Il ne faut pas oublier que ce sont ces petits états névrosiques qui donnent lieu aux grands mouvements « communiqués », et l'expérience a montré qu'il suffit d'un individu de ce genre pour affoler une grande collectivité.

Ces malades doivent être traités comme des CONTAGIEUX ; ils doivent être isolés le plus vite possible. Les postes de secours doivent connaître le risque qu'ils font courir par contagion mentale. Ils doivent être prêts à réagir vite et totalement contre eux. Toutes les méthodes classiques sont alors bonnes, pourvu qu'elles interviennent au plus tôt.

3° L'HYSTERIE DE CONVERSION

Il s'agit d'une névrose d'angoisse qui se convertit inconsciemment en une inhibition complète des fonctions somatiques. Une telle conversion est fré-

quente dans les névroses de guerre, lorsque l'anxiété convertie est le résultat de situations exogènes terribles.

Les hystéries de conversion semblent fréquemment prendre leur point de départ dans l'anxiété, mais peuvent cependant parvenir à inhiber celle-ci complètement. Toutes les manifestations du type hystérique : parésies, mutisme, aphasie, surdité, cécité, qui peuvent apparaître dans les cas d'anxiété aiguë ou de ce que nous aurons appelé précédemment l'hystérie anxieuse, peuvent se transférer en modifications somatiques et leur degré de réactivité est alors tel qu'il semble que le psychisme ne joue plus qu'un rôle secondaire ou d'appoint. On assiste alors à un phénomène extrêmement curieux : les sujets chez lesquels les manifestations hystériques somatiques sont le plus vives, ne manifestent plus de syndrome-anxiété à l'égard du phénomène shockant primitif et peuvent ne plus manifester d'anxiété-shock à l'égard des circonstances ayant primitivement provoqué cette anxiété.

L'école française appelle « période de rumination » l'intervalle libre susceptible d'exister entre le shock initial ayant produit l'anxiété aiguë et l'apparition des symptômes de conversion.

L'école anglaise considère cette période comme un temps d'élaboration subconsciente alors que l'école française concluerait plutôt à l'existence d'une sorte

de tentative consciente pour éviter l'anxiété, cette tentative aboutissant à une conversion psychique des phénomènes.

Cependant il est difficile d'admettre que le symptôme de conversion soit consciemment voulu, et que tout ce qui se passe dans la période de latence ne soit pas que le résultat d'un acte de l'inconscient profond, et des niveaux psychiques préconscients. Bien que les mécanismes psychologiques de cette conversion ne soient presque pas élucidés, cette conception de la conscience dans l'intervalle libre est logiquement réfutable *a priori*.

Il s'agit en effet d'une dissociation véritable de la conscience. Quelles que soient les conceptions actuelles sur l'hystérie, il faut cependant admettre que l'hystérique n'a pas *conscience* des fonctions disparues, qu'il s'agisse de ses facultés d'élocution ou de sa mémoire.

Dans les cas de « névroses de guerre à forme d'hystérie de conversion », certains des cas ont été enregistrés comme apparaissant IMMÉDIATEMENT après le trauma initial, sans intervalle libre. Ce trauma ne consistait pas essentiellement en un « traumatisme » au sens médico-légal du mot. Mais un « choc d'explosion », un « vent du boulet » comme on l'eût dit autrefois, a suffi, dans de nombreux cas, à créer ce que les Américains appellent « SHELL-SHOCK ».

Une révision de la littérature de guerre américaine et anglaise à ce sujet nous a montré un autre aspect particulier du sujet : les cas correspondant à notre classification ont été enregistrés, en général, chez des SOLDATS, et rarement chez des OFFICIERS. Wright explique ceci dans les termes suivants :

« L'apparition de l'hystérie de conversion a surtout été enregistrée dans les rangs des soldats naïfs, simples, pas très intelligents, qui, souvent, n'apparaissaient pas comme « anxieux » sur la ligne de feu, acceptant les ordres des autorités, mais évitant toute responsabilité. Quand ils eurent leur collapsus mental, ils le firent subitement, après seulement une courte période d'anxiété aiguë, ou après une phase de « détresse intense ». Par ce symptôme de conversion, ils obtenaient aux armées, non seulement le soulagement d'une anxiété intolérable, mais au point de vue militaire l'éloignement de la zone de danger, éloignement qui durait aussi longtemps que le symptôme persistait.

« Par contre, les officiers, avec leur entraînement, leur sens des responsabilités, leur idéal hautement poussé, pouvaient — et en fait le faisaient — accepter des doses énormes d'anxiété, avant l'écroulement final, mais ne se transformaient jamais, retenus par leur idéal individuel, en une hystérie de conversion. »

LES ETATS DE GRAVITE MOYENNE

a) LA STUPEUR HYSTÉRIQUE

Au cours de la dernière guerre, l'un des symptômes le plus fréquemment constaté fut celui de la stupeur hystérique et il est infiniment probable qu'au cours de la guerre actuelle il soit encore plus fréquent dans les populations civiles qu'il ne le fut dans les populations militaires. En effet, il s'agit là d'une réaction aux émotions, celles-ci particulièrement violentes, s'adressant à une population se composant d'un matériel humain des types les plus divers, sans que ce matériel ait subi une première sélection susceptible de donner des indications quant à son adaptabilité physique ou mentale.

Toutefois, en ce qui concerne certaines régions de France, le repliement des populations a déjà permis d'éliminer, selon un processus douloureux mais nécessaire, les éléments susceptibles de réagir trop fortement aux faits de guerre. D'autre part, pour Paris, un premier repliement s'est effectué par élimination volontaire des éléments hypernerveux. A

l'heure où nous écrivons ces lignes, nous assistons malheureusement à un reflux sur la capitale de ces mêmes éléments et c'est parmi eux que nous devons craindre les réactions excessives dans l'éventualité (à ne pas écarter) de bombardements aériens.

La stupeur hystérique présente un intérêt évident, en ce sens qu'elle semble se rapprocher dans ses manifestations extérieures de la narcolepsie si nettement délimitée dans la neurologie moderne. Les sujets atteints de coma hystérique étaient généralement rencontrés dans le voisinage des zones bombardées, l'attitude générale étant « flasque » ; toutefois, il n'existait chez eux aucun trouble des réflexes profonds. Un diagnostic immédiat peut être porté en procédant sur eux à la tentative d'ouverture de la paupière. A ce moment, on se trouve en présence d'une contraction intense de l'orbiculaire. Les pupilles sont dirigées vers le haut, fortement fixées, et réagissant peu à la lumière. Il peut exister en même temps une certaine proportion de relâchement des sphincters, mais ceci semble être plutôt un cas d'exception.

L'état de ces malades reste stationnaire généralement pendant quelques heures ou quelques jours. La guérison est de règle bien qu'il subsiste une amnésie, lacunaire et non totale, à la fois antérograde et rétrograde. En principe, le traitement de tels malades est particulièrement délicat et pose des problèmes

hospitaliers extrêmement sérieux. En effet, le retour à la conscience peut être extrêmement brusque et s'accompagne généralement d'une crise de violence et de défaut de contrôle des actes, les malades ayant une tendance « instinctive » à se ruer sur ceux qui les entourent, ou tout au moins semblent vouloir se livrer à des actes de violence. Puis brusquement, apparaît un nouveau collapsus émotif et ces malades « s'écroulent littéralement ». On peut pratiquement comparer ce « réveil » à celui de la grande hystérie de Charcot enregistrée au cours des accès de somnambulisme lorsque l'école de la Salpêtrière faisait florès.

b) GAZ OBSESSION

Bien que jusqu'à présent il ne semble pas qu'au cours des rares raids d'avions qui aient atteint la capitale de la France ou les quelques villes anglaises, on ait à traiter des cas dans lesquels cette obsession signalée par le professeur Tanon ait atteint un degré de gravité suffisant pour la rendre dangereuse, il ne faut pas moins prévoir que, lors de raids futurs, elle puisse offrir de dangers de transformation en obsession collective et, par suite, amener en foule des obsédés aux postes de premier secours des hôpitaux parisiens.

On sait en quoi consiste cette obsession : une éducation populaire mal faite a répandu dans la popu-

l'annon une phobie des gaz asphyxiants. A force d'en avoir entendu parler, d'avoir été plus ou moins bien documenté par des articles de presse, le public s'est persuadé que ces gaz sont l'ennemi n° 1. De là à croire qu'au cours de la moindre alerte, même si celle-ci ne s'accompagne pas de bombardements, les gaz ont été utilisés, il n'y avait qu'un pas. Il a été franchi, et des inoffensifs parachutes de fusées ont été pris pour des bombes à ypérite, des obus de la défense contre avions ont été considérés comme des projectiles toxiques, et tout le service de détection des gaz fut alerté pour des cas particulièrement bénins de gens qui avaient été intoxiqués, soit par la fumée de culot d'obus à poudre noire, soit « par la soupe à l'oignon » d'un voisin, soit encore par une salade à l'ail dont ils avaient ressenti les fumets !

Le danger n'est pas pratiquement un danger individuel, mais un danger collectif, en ce sens que par contagion mentale un nombre considérable d'individus dans une zone donnée peut se considérer atteint et provoquer dans un poste de secours un afflux d'indésirables empêchant de donner des soins à ceux qui sont réellement des victimes du bombardement.

c) AUTRES TROUBLES

Dans le domaine des accidents hystériques, nous devons signaler un certain nombre de faits qui, au cours de la dernière guerre, ont été constatés chez

les militaires et qui, dernièrement, semblent avoir été enregistrés en Ecosse au cours des raids allemands sur le *Firth of Forth* :

Après une assez longue période de latence, généralement plus longue que celle qui précède l'hystérie de conversion, on constate des paraplégies : celles-ci accompagnent généralement des blessures légères ou des traumatismes de peu d'importance, dont la gravité est absolument sans relation avec l'étendue de la lésion nerveuse. Elles peuvent aller de la paraplégie complète à des simples troubles de la marche s'accompagnant ou non de contractures, des cas de mains en griffes ayant même été constatés. Le tremblement persistant et irréductible est fréquent. Il ressemble au tremblement intentionnel, peut être confiné à un seul membre, mais également peut s'étendre à n'importe quel membre ou segment corporel aussitôt que celui-ci est appelé à une action volitionnelle. Le tic post-émotionnel est fréquent. Le bégaiement n'est pas une rareté. Or, si l'on veut se souvenir que la crise hystérique anxieuse semble prendre son origine dans des centres encéphaliques voisins des centres de Broca, il est assez compréhensible que ces lésions du langage puissent apparaître par suite de la non conversion d'une hystérie d'anxiété en une hystérie de conversion.

On considère comme accident psychiatrique normal l'amnésie hystérique et il sera parfaitement

évident que la différenciation entre cette amnésie et l'amnésie post-traumatique sera excessivement délicate. Nous pouvons nous trouver en particulier devant des cas dans lesquels le patient se sera trouvé au voisinage immédiat d'une zone de déflagration. Quelle part alors pourra être attribuée à la déflagration elle-même, au facteur émotif d'autre part, dans la genèse de tels incidents?

Lors de la première attaque aérienne sur les bases navales anglaises d'Ecosse, les cas les plus « normaux », d'après l'opinion même des psychiatres britanniques furent ceux de jeunes recrues qui, après un intervalle libre de quelques heures, se livrèrent à une fugue qui, au point de vue médico-légal militaire avait son importance, mais qui s'accompagnait d'une amnésie antéro-rétrograde et d'un bégaiement caractéristiques, l'état pathologique étant éminemment transitoire et tout rentrant dans l'ordre en très peu d'heures.

Cependant, nous devons nous souvenir qu'au cours de la guerre précédente des cas de ce genre ont été enregistrés dans la population civile soumise à des bombardements intensifs et répétés, et que certains d'entre eux, soit par prédisposition personnelle, soit par suite de circonstances particulières (proximité des lieux d'explosion, état de choc individuel, concussion cérébrale insoupçonnée et faisant l'objet de l'amnésie) ont été durables et dans certains cas définitifs.

LES PSYCHOSES

Nous parvenons maintenant à ce que nous pourrions appeler le plan supérieur des éventualités psychiatriques civiles des raids d'avions.

Nous devons répéter que nous nous trouvons devant des éléments d'une population dans laquelle une sélection individuelle s'est effectuée par conception personnelle du danger. L'absence de danger a obnubilé le sens de self-protection d'une partie des individualités qui avaient cherché dans la fuite une sécurité essentielle. Nous devons également rappeler que, parmi les gens qui avaient quitté les villes menacées et qui y sont revenus, la très grande majorité appartient à la catégorie que nous pourrions définir en quelques mots : « individus pusillanimes, hypernerveux, incapables de réagir devant les circonstances extérieures, inadaptables au milieu ». En effet, ces gens ont prouvé leur inadaptabilité en montrant qu'ils n'étaient pas susceptibles de s'adapter aux circonstances et de plier leur égoïsme personnel aux conditions particulières de vie qu'entraînait pour eux leur situation de « repliés ».

Nous nous trouvons donc en présence d'individus qui ont prouvé leur incapacité d'adaptation à des

conditions exceptionnelles, qui ont montré par leur fuite leur crainte du danger, qui ont montré par leur retour leur manque de prévoyance et leur conception erronée de dangers à venir. C'est parmi ceux-là que se recruteront de toute évidence des candidats à la psychopathie.

Nous devons nous souvenir d'autre part que, par suite de l'absence absolue de tentatives de dépistage des maladies mentales des collectivités publiques, existent en état de latence dans la société des quantités considérables de maniaques dépressifs prêts à se manifester, de schizophrènes en rémission, et de déficients mentaux d'un degré difficilement contrôlable. Toutes ces catégories d'individus sont des sujets tout préparés pour constituer des éléments psychiatriques devant les incidents possibles de la guerre aérienne. L'évolution de leur cas sera étonnamment rapide : les individus qui ne sont que légèrement déprimés peuvent se transformer en quelques secondes en maniaques aigus ; l'hypomanie légère peut se transformer en un état dépressif suraigu. Quant aux états de conversion dans lesquels peuvent sombrer les déficients mentaux, il est difficile de les délimiter car nous nous trouvons en réalité devant un terrain propice sur lequel germent tous les facteurs de déséquilibre psychique sans que nous puissions dire *à priori* quel est celui qui aura la priorité sur les autres, ni quelle forme particulière de la psychopathie atteindra l'individu en question.

MESURES PROPHYLACTIQUES

Devant les éventualités que nous venons d'exposer, un problème prophylactique se pose. En effet, le déclanchement subit de troubles psychopathiques chez des individus réfugiés dans un abri, au cours d'une alerte ou d'un bombardement aérien, ou se rendant simplement vers cet abri, ne risque-t-il pas de provoquer, par contagion mentale, une panique ou une crise d'hystérie collective ?

Pour pallier à ce risque, quelles solutions peuvent-elles être proposées ? Nous croyons que c'est du côté de l'organisation de la défense passive que doivent être recherchées les réponses au problème :

Tout semble avoir été fait, en ce qui concerne les premiers secours aux blessés, aux gazés, aux vésiqués. On ne semble pas avoir tenu compte de l'affluence possible, dans les postes de secours, de choqués mentaux, de psychopathes en proie à la grande crise de terreur, de femmes « hystériques » qu'il faut traiter avec des ménagements particulièrement délicats, pour éviter « l'explosion » de la crise aiguë.

Nous croyons que l'organisation d'un service de secours psychiatrique d'urgence est possible. Les bonnes volontés, si on faisait appel à elles, parmi les psychiatres, seraient facilement mobilisables. Il faudrait mettre sur pied un dispositif « d'alerte » de ces médecins, prévoir leur transport rapide sur le point névralgique, c'est-à-dire dans la zone d'où peut jaillir une épidémie de « terreur » par contagion mentale.

Mais ces médecins ne pourraient qu'être des guides, lorsque, déjà, la crise aura éclaté. Un travail prophylactique plus sûr et plus profond pourrait se faire en utilisant les bonnes volontés qui se sont déjà manifestées : une éducation particulière, des chefs de groupe et des chefs d'ilôts est essentielle. Trop d'entre eux, bien involontairement, « énervent » la population dont ils sont responsables. Trop peu d'entre eux connaissent la manière « persuasive », et savent dire les paroles qui calment les nerfs, tout en faisant respecter les consignes.

On ne peut leur demander d'être omniscients, et jouer le rôle de « calmants » psychologiques sur les hommes et les femmes qu'ils sont appelés à protéger, souvent contre eux-mêmes. Mais pourquoi ne ferait-on pas appel, dans chaque ilôt, ou même dans chaque abri, à une femme ou à plusieurs, à la mentalité éprouvée, qui se prodiguerait en conseils et en paroles de réconfort, qui, par sa seule présence, calmerait les esprits. De telles femmes, si l'on veut se don-

ner la peine de les rechercher, se trouvent. Et un appel lancé pour ces bonnes volontés nouvelles trouverait dans la population parisienne un écho immédiat. Elles seraient un peu comme les « lottas » de Finlande, des soldates civiles, placées sous l'autorité des chefs d'ilôts, et joueraient le rôle ingrat mais essentiel, d'« assistantes d'alerte ». Nous savons que, dès que, chez nous, on parle de confier à une femme un rôle un peu actif, un peu responsable, on se heurte à la raillerie ou au dédain des misogynies officiels. Cependant, nous croyons faire œuvre utile en exposant sur ce point notre conviction : seules des femmes peuvent, en cas de bombardement aérien, avoir sur le psychisme des populations abritées, une action bienfaisante, seules elles sauront calmer les angoisses, éternelles sœurs de Charité, car, seules, elles sauront, au moment opportun, trouver le mot juste, et, créatures de nerfs, se mettre « en résonance » avec les hypernerveuses, et les calmer.

Une telle organisation de la défense passive sur le plan psychologique et psychiatrique est donc souhaitable, devant les éventualités psychiatriques civiles des raids aériens.



CONCLUSIONS

Bien que l'éventualité de raids aériens ne soit encore qu'à l'état d'hypothèse pour notre pays, nous devons envisager toutes les possibilités psychiatriques de telles tentatives dont, après la Pologne et la Finlande, le nord de l'Angleterre a été la victime.

C'est surtout dans le sens de la prédisposition individuelle que nous devons rechercher les éventualités psychiatriques, celles-ci étant essentiellement, en l'occurrence, fonction du terrain, infiniment plus que des circonstances étiologiques, qui, sur des individus dissemblables, agissent dissemblablement.

La gradation de ces éventualités va de la frayeur simple à la psychose, en passant par tous les degrés, du « trac à l'alerte » à la psychose d'angoisse et à la maniaque dépressive. Des états de stupeur hystérique, simulant en tous points les états catatoniques, ont été enregistrés au cours de la dernière guerre et des premiers raids aériens de la guerre actuelle.

Dans l'organisation médicale de la défense passive des populations civiles, il semble nécessaire, devant ces éventualités psychiatriques, de prévoir un « service d'urgence » composé de médecins psychiatres,

destiné à juguler sur place les épidémies obsessionnelles (gaz obsession), ou les épidémies de terreur communiquée par contagion mentale, dont l'aboutissement est la panique.

Une meilleure éducation du public, et, en tous cas, une éducation particulière de ceux qui sont chargés de veiller sur les populations civiles en cas de bombardement (chefs de groupe, chefs d'ilôts) seraient souhaitable. La constitution d'un corps auxiliaire « d'assistantes d'alerte » chargées du moral d'un groupe d'habitants, correspondant au rôle des « lottas » de l'armée finlandaise, pourrait être envisagée.

VU : *Le Président de Thèse,*
M. LAIGNEL-LAVASTINE.

VU : *Le Doyen,*
TIFFENEAU.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

ALLIEZ J. — Menaces de Guerre et troubles mentaux.
Marseille Médical, 25 juillet 1939.

FRIBOURG-BLANC. — Les psychoses de guerre. *Revue Médicale Française*, octobre 1930.

LAIGNEL LAVASTINE. — Le « Trac à l'alerte. » Leçon à la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale, 1939.

LAMAIRE. — Les psychoses transitoires de la « guerre des nerfs ». Thèse, Paris, 1939.

PEGGE C. — Psychiatric Casualties in First Days of War. *British Medical Journal*, 14 octobre 1939, an : par Lafont J., in : *Progrès Médical*, 23 décembre 1939.

PFERSDORFF. — Les psychoses provoquées par la guerre. *Strasbourg Médical*, 25 novembre 1938.

TANON. — Gaz-Obsession. *Gazette des Hôpitaux*, novembre 1939.

WRIGHT M. B. — Psychological emergencies in war-time. *British Medical Journal*, septembre 1939.

IMPRIMERIE SPÉCIALE DES ÉDITIONS LEGRAND
